

حکمت توانبخشی، باز توانی و نقش پرستار در مرحله حاد و پیشگیری از عوارض ضایعات نخاعی

مقدمه :

همه ساله افراد زیادی هستند که به دنبال حوادث ناشی از تصادفات ؛ سقوط از بلندی و بیماریهای ستون فقرات و نخاع و گردن دچار آسیب دیدگی در ناحیه ی ستون مهره ها و نخاع می شوند ؛ که گروهی از این افراد با درجاتی از ضایعات نخاعی یا فلج اندام ها روبرو می شوند که تا آخر عمر عوارض این ضایعه به دنبال آن ها خواهد بود . فرد آسیب دیده ی نخاعی در ابتدا با این واقعیت که تمام یا بخشی از توانایی خود را از دست داده است روبرو می شود . و به دنبال نداشتن تصویر روشنی از خود و اینکه چه چیزهایی در انتظار اوست ، دچار دلهره و اضطراب می گردد و سؤالاتی از خود می پرسد که اغلب برای آن ها جواب واضح و درستی پیدا نمی کند. بنابراین از همان ابتدا وارد انفجار های روحی و روانی و شخصیتی ، یکی بعد از دیگری می شود .

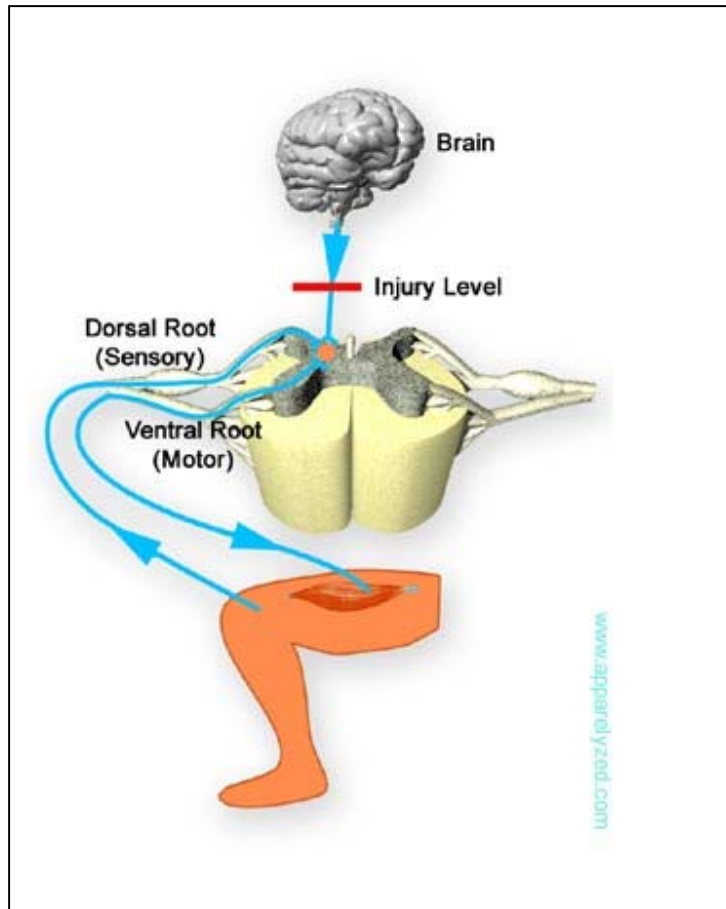
از طرف دیگر ضایعات نخاعی فرد را دچار محدودیت هایی میکند که به دنبال آن عوارضی از قبیل دردهای مزمن، اختلالات مربوط به روده ها و مثانه و همچنین مستعد شدن بدن برای ابتلا به مشکلات قلبی و ریوی را به وجود آورده که نیاز به مراقبت خاص و مستمر دارد که در صورت عدم رسیدگی می تواند منجر به مرگ فرد نیز شود.

لذا برای اینکه از این موارد تا حد امکان کاسته شده، درد ، عوارض جبران ناپذیر و آزارهای روحی و روانی ناشی از معلولیت بر فرد آسیب دیده به حداقل برسد ؛ اقدام به توانمند کردن فرد مورد توجه قرار میگیرد تا با کمترین آسیب روحی و روانی بتواند سریعتر به پیکره ی اجتماع برگردد . چنین فرایندی را توانبخشی می نامند. به عبارت دیگر تیم توانبخشی، گروهی متخصص هستند که برای هدفی خاص و با ارزش در کنار هم اقدام به انجام یکسری فعالیت های درمانی و حمایتی می کنند که نتیجه ی آن می بایستی توانمند کردن فرد معلول و آسیب دیده باشد. پرستار توانبخشی نیز عضوی از تیم توانبخشی است که در طراحی برنامه های پرستاری فعالیت می کند و در جهت باز توانی فرد معلول با سایر اعضای تیم همکاری می نماید. زمینه و تجربه شغلی پرستاران و نیز ارتباط مداوم و مستمر آنها با بیماران ، دارای شرایط ویژه ای است که آنها را قادر می سازد برای پاسخگویی به نیازهای فرد معلول و همکاری با تیمی مرکب از تخصصهای مختلف ، نقش خاص خود را ارائه دهند.

بحث:

طناب نخاعی از جمجمه به اولین مهره کمری کشیده شده است که شامل ماده خاکستری در وسط و ماده سفید در اطراف آن میباشد. ماده سفید طناب نخاعی شامل رشته های بالارونده و پایین رونده است. رشته های بالارونده اطلاعات حسی را از رسپتورهای پوست و ماهیچه های اسکلتی به تاندون ها و مفاصل منتقل میکنند. رشته های پایین رونده اطلاعات حرکتی را به ماهیچه های صاف، اسکلتی، ماهیچه قلبی و غدد منتقل میکنند.

آسیب نخاعی به دنبال یک ضربه فیزیکی ناگهانی به ستون فقرات، یا در اثر بیماری های مختلف اتفاق می افتد. این امر باعث صدمه به ریشه های عصبی نخاع شده و در نتیجه ارتباط عصبی بین مغز و وسایل اندام ها قطع می گردد.



ضایعه نخاعی هر سنی را گرفتار می کند . ولی طبق آمار بیشترین تعداد بین افراد ۱۵ تا ۳۵ ساله هستند. حدود ۲۰۰ هزار بیمار ضایعه نخاعی در ایالات متحده زندگی میکنند و سالانه ۱۲ تا ۲۰ هزار بیمار جدید به آنها اضافه میشود. متوسط هزینه های پزشکی ۱۵ تا ۳۰ هزار دلار در سال می باشد. حدود ۸۰ درصد بیماران دچار ضایعه نخاعی مردان هستند.

آمار معلولیت های متوسط تا شدید در کشورهای کمتر توسعه یافته در سال ۱۹۹۲ بالغ بر ۲۰۰ میلیون نفر بوده است که در سال ۲۰۲۵ به ۴۳۵ میلیون نفر میرسد. بر همین اساس ، آمار جهانی معلولیت های متوسط و شدید به ۵۷۳ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید.

این ارقام ، بر ضرورت تلاش برای یافتن راه حل هایی جهت ارایه هر چه بهتر خدمات ، تاکید دارند.

به طور کلی آسیب های نخاعی به دو علت ایجاد می شوند که عبارتند از:

۱- تروماتیک (ضربه ای): آسیب های ناشی از ضربه ها، ۷۰ درصد ضایعات را تشکیل می دهند.

در نوع تروماتیک ضربات وارده به ستون فقرات بیشتر به علت آسیب عروقی یا شکستگی ، دررفتگی مهره و یا ترکیبی از این دو (شکستگی - دررفتگی) می توانند منجر به آسیب نخاع گردند. از جمله عوامل تروماتیک که باعث آسیب نخاعی می گردد، می توان به مواردی چون واژگون شدن اتومبیل ، سقوط از بلندی ، تصادف با موتور سیکلت ، زلزله ، فعالیت های خشن ورزشی ، ضربات چاقو ، زخم های ناشی از اصابت گلوله و... اشاره کرد.

۲- غیر تروماتیک (غیرضربه ای): نوع غیرضربه ای عامل حدود ۳۰ درصد آسیب های نخاعی می باشد.

عوامل غیر تروماتیک که زمینه آسیب نخاعی را فراهم می کنند ، بیشتر در ارتباط با یک بیماری یا اختلالات عروقی مطرح می گردند. ترومبوز، آمبولی ، ناهنجاری های شریانی-وریدی و خونریزی ناشی از اختلال عروقی می توانند باعث آسیب به طناب نخاعی گردند. تومورها ، عوامل عفونی ، آرتروزهای شدید ناحیه ستون فقرات ، فتق دیسک بین مهره ای ، تنگی کانال نخاعی (مثلا به علت اسپوندیلولیستریسیس یا لیز خوردن مهره ای بر روی مهره ای دیگر)، بیماری سیفلیس ، پولیومیالیت (فلج اطفال) ، سیرنگومیلی ، اسپاینایی فیذا ، ام اس (بیماری مالتیپل اسکلروزیس) و آمیوتروفیک لترال اسکلروزیس و ... هم می توانند باعث آسیب به نخاع گردند که جزو عوامل غیر تروماتیک محسوب می شوند. جراحی های خاص ، تزریق نخاعی ، تابش و انجام واکسیناسیون به ندرت در بروز آسیب های نخاعی نقش دارند.

آسیب های نخاعی به دو صورت، کامل (Complete lesion) یا ناکامل (Incomplete lesions) است.

در یک ضایعه کامل، عملکرد حسی یا حرکتی در زیر سطح ضایعه وجود ندارد. آسیب کامل بیشتر در ارتباط با قطع عرضی نخاع، صدمات عروقی شدید، کشش های طولی طناب نخاعی و یا فشارهای شدید به نخاع ایجاد میشود. در ضایعات کامل به دلیل قطع ارتباط نخاع با مغز، ادراک حسی و کنترل حرکتی فرد مختل شده و در این موارد پیش آگهی جهت برگشت عملکرد حسی-حرکتی ضعیف خواهد بود.

ضایعات ناکامل، با حفظ قسمتی از عملکرد حسی یا حرکتی در زیر سطح آسیب دیده مشخص می شود. اگر برگشت عملکرد حسی یا حرکتی سریع باشد، پیش آگهی از نظر بهبود عصبی نیز امیدوار کننده خواهد بود.

بیمار دچار ضایعه نخاعی ، فردی است که با آسیب طناب نخاعی و عوارض ناشی از آن، دچار پاراپلژی یا تتراپلژی گردیده است. افراد دچار پاراپلژی از فلج ناقص یا کامل در تمام یا بخشی از تنه و هر دو اندام تحتانی رنج میبرند، که ناشی از ضایعه در نخاع سینه ای یا کمری یا ریشه های ساکرال است. افراد دارای تتراپلژی دارای فلج کامل یا ناقص تمامی چهار اندام و تنه، از جمله عضلات تنفسی می باشند که ناشی از ضایعه در نخاع گردنی میباشد.

در حالی که بعضی از ضایعات نخاعی تقریبا بطور کامل بهبود می یابند، بعضی دیگر به فلج کامل و دائمی می انجامند.

توانبخشی، فرایندی متشکل از اقدامات هدفمند ، در جهت توانمندسازی شخص معلول ، به منظور دستیابی به سطح نهایی توانایی و عملکرد جسمی ، ذهنی ، روانی ، اجتماعی و حفظ این توانایی ها میباشد. بر این اساس توانبخشی فرایندی در جهت تغییر زندگی معلولین برای کسب استقلال بیشتر خواهد بود.

توانبخشی براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت یک فرایند پیشرونده، پویا، هدفمند و غالبا محدود از نظر زمانی است، که به افراد آسیب دیده، سطحی از توانایی را جهت تعیین و رسیدن به عملکرد مطلوب از نظر ذهنی، فیزیکی، شناختی و اجتماعی می دهد.

انجمن توانبخشی ایران در سال ۱۳۴۷ با هدف درمان ، آموزش حرف و مشاغل مناسب ، تقویت روحی افرادی که به علت نقص عضو و یا از دست دادن قسمتی از توانایی خود قادر به انجام کار نیستند، آماده کردن معلولان برای بازگشت به فعالیت اجتماعی و تحقیق و مطالعه درباره مسائل مربوط به معلولان، تاسیس شد.

توانبخشی در بیماران دچار ضایعات نخاعی مشتمل بر خدمات و تخصص های متعددی است که از مرحله حاد شروع شده و با خدمات گسترده و تخصصی در مراحل تحت حاد ادامه می یابد. توانبخشی تحت حاد زیربنایی حیاتی برای یادگیری و کسب مجدد مهارت های زندگی مستقل به شمار می آید. در این مرحله افراد در یک برنامه روزانه تمام وقت شرکت می کنند که شامل خدمات پزشکی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، روانشناسی، مددکاری، پرستاری، تغذیه و مشاوره حرفه ای می باشد.

توانبخشی تا طرح ریزی ترخیص و بازگشت به جامعه و نهایتاً تلفیق مجدد در نقش های سابق یا جدید در اجتماع ادامه می یابد.

اقدامات توانبخشی به صورت تیمی انجام میشود که همکاری نزدیک و همه جانبه اعضای تیم در آن الزامی میباشد. تیم توانبخشی به تیمی از افراد متخصص گفته می شود که فعالیت آنها در جهت ارائه اقدامات باز توانی به افراد دارای سطوح مختلف ناتوانی می باشد.

تیم توانبخشی شامل افراد زیر میباشد:

- پزشک توانبخشی (فیزیاتریست)
- مسئول هماهنگی تیم توانبخشی
- فیزیوتراپیست
- کاردرمان
- مددکار اجتماعی
- پرستار توانبخشی
- روانشناس توانبخشی
- مشاور حرفه ای
- متخصص تغذیه

پزشک توانبخشی : متخصص در طب فیزیکی و توانبخشی بوده و با توجه به نظرات تخصصی اعضا، تیم را هدایت مینماید. وی چشم اندازی درازمدت را برای تیم پزشکی، بیماران و اعضای خانواده آنها فراهم می کند.

مسئول هماهنگی : وظیفه برنامه ریزی اقدامات توانبخشی و هماهنگی اعضای تیم را بعهده دارد.

فیزیوتراپیست : فردیست که بصورت حرفه ای مجوز ارائه تمرین های درمانی، تجویز بریس های درمانی و محافظتی را دارا میباشد. وی بر روی بازتوانی اندام فوقانی و تحتانی (دست و پا) تمرکز نموده و با تقویت قدرت عضلانی و تجویز وسایل کمکی از قبیل واکر و بریس در جهت افزایش عملکرد حرکتی بیمار تلاش می نماید. یک فیزیوتراپیست از اولین لحظه درگیر مراقبت از بیماران شده و برای پیشگیری از عوارض منفی عدم تحرک، تلاش می نماید.

کاردرمان : این عضو، همانند فیزیوتراپیست، بر روی بازتوانی حرکتی بیمار فعالیت نموده، با این تفاوت که تمرکز کاردرمان بر روی تقویت حرکات ظریف اندامها می باشد.

علاوه براین کاردرمان با تجویز وسایل کمکی از قبیل اسپلینت و صندلی چرخدار در جهت بازتوانی بیماران و استقلال عملکردی آنان تلاش می نماید، و خصوصاً به فعالیت های معمول زندگی روزانه همانند پوشیدن لباس، حمام نمودن و دستشویی کردن اهمیت خاصی میدهد.

مددکار اجتماعی: افراد دچار ضایعه نخاعی، به دلیل اختلالات عمده در زمینه های حسی، حرکتی، عاطفی، حرفه ای و غیره با معضلات متعدد اجتماعی روبرو میشوند، لذا مددکار اجتماعی نقش بسیار مهمی در کمک به آسیب دیدگان نخاعی در رفع یا تخفیف موانع خانوادگی و اجتماعی بعهده دارد.

پرستار توانبخشی: نقش پرستاران بخصوص در مراحل اولیه پس از ایجاد ضایعه نخاعی بسیار با اهمیت میباشد. همچنین پس از گذشت مراحل حاد پس از ایجاد ضایعه، خدمات منظم پرستاری از بروز عوارض بلند مدت آسیبهای نخاعی جلوگیری نموده یا از شدت آن میکاهد.

روانشناس توانبخشی: از آنجا که هریک از افراد دچار ضایعه نخاعی دیدگاهی خاص نسبت به تغییرات عمده پس از ایجاد آسیب و نیز معلولیتها حاصل از آن دارند، برای بسیاری از این معلولین، سازگاری با این معلولیتها، حتی با گذشت زمانی طولانی از وقوع آسیب، بسیار مشکل میباشد. در اینجا نقش روانشناس، در توانبخشی روانی معلولین بسیار حائز اهمیت میباشد. روانشناس نقشی اساسی را در ارزیابی جامع توانایی های شناختی، وضعیت عاطفی و رفتاری بیمار ایفا می کند و در زمینه سازگاری با ناتوانی و استرس پس از تروما، مشاوره لازم را ارائه می دهد.

مشاور حرفه ای: این افراد با ارزیابی حرفه ای از معلولین، قابلیتها و جایگاه حرفه ای آنان را مشخص نموده و با برنامه ریزی دقیق در جهت افزایش تواناییهای شغلی آنان و نیز مشخص کردن وسائل لازم جهت کمک به معلولین در محل کار، در جهت رفع مسایل حرفه ای آنان قدم بر میدارند.

متخصص تغذیه: نقش رژیم غذایی در فرآیند بهبود ضایعات نخاعی و نیز در مراحل بازتوانی، بسیار حائز اهمیت است، لذا نقش متخصص تغذیه در ارائه رژیم غذایی مناسب در مراحل مختلف درمان و توانبخشی این بیماران کاملاً مشهود میباشد.

پرستار توانبخشی عضوی از تیم توانبخشی است که در طراحی برنامه های پرستاری فعالیت می کند. در بیماران دچار ضایعات نخاعی، پرستاران به عنوان عضوی از تیم حرفه ای ارتباط ۲۴ ساعته با بیماران دارند. پرستاری توانبخشی به این بیماران کمک میکند تا بیشترین پتانسیل خود را بازیابند، با توانایی های خود آشنا شده و به سمت زندگی مستقل و مولد حرکت کنند. در واقع پرستار به بیمار کمک میکند تا بالاترین سطح کارایی را به دست آورد.

نقش پرستار در مرحله حاد پس از ایجاد ضایعه نخاعی و نیز در مراحل بعدی که با مراقبت مستمر، از بروز عوارض بلند مدت و منفی پیشگیری میکند، اهمیت بسزایی دارد. در مرحله حاد پس از ضربه، برنامه مراقبتی پرستار شامل ارزیابی و اجرای ABCDE، انجام تکنیک های صحیح حمل و نقل بیمار، پروتکل های اولیه درمان و در مراحل بعدی آماده نمودن بیمار جهت انجام مداخلات جراحی و تنظیم برنامه های مراقبتی دقیق برای پیشگیری از عوارض منفی میباشد.

ارزیابی ABCDE:

A (Airway): حفظ راه هوایی با حمایت و کنترل از نظر آسیب احتمالی به ستون فقرات گردنی

B (Breathing): کنترل و حمایت تنفسی

C (Circulation): کنترل گردش خون و بررسی فشار خون

D (Disability): ارزیابی ناتوانی به دنبال آسیب به سیستم عصبی

E (Expose & Examin): ارزیابی و بررسی آسیب به پوست و سایر اندام ها

تکنیک های حمل و نقل:

هنگام انتقال بیماران دچار آسیب نخاعی، مسیر ستون فقرات باید صاف، حمایت شده و بی حرکت باشد. در صورت احتمال آسیب به مهره های گردنی، از کلار و کیسه های شن جهت حمایت در دوطرف سر استفاده میشود. بیمار در پوزیشن به پشت خوابیده بر روی تخته های محکم جابه جا میشود.

پروتکل استرونیید:

داروی متیل پردنیزولون، یک دوز ۳۰ میلی گرم در هر کیلوگرم وزن بدن داده شده و سپس انفوزیون این دارو به مقدار ۵.۴ میلی گرم در هر کیلوگرم وزن بدن در ساعت برای مدت ۲۴ ساعت جریان میابد. این پروتکل درمانی میباید طی ۶ تا ۸ ساعت اول آسیب اجرا شود.

برنامه مراقبتی برای پیشگیری از عوارض منفی آسیب نخاعی:

عوارض اولیه شامل نارسایی تنفسی، آتلکتازی، پنومونی و شوک نخاعی است. عوارض تاخیری شامل نارسایی در عملکرد مثانه، روده ها، اریتم پوستی، عفونت، زخم بستر، سوء تغذیه، DVT و نارسایی الگوی دفع میباشد. یک برنامه مراقبتی کامل شامل ارزیابی و مراقبت دقیق سیستم تنفسی، سیستم ادراری-تناسلی، سیستم گوارشی، سیستم قلبی و عروقی، سیستم عصبی، سیستم عضلانی-اسکلتی، پوست و مشکلات سایکولوژی است.

برخی از تشخیص های پرستاری رایج در بیماران دچار آسیب نخاعی عبارت است از:

۱. اختلال در تحرک جسمی در ارتباط با ضعف نیمه بدن، از دست دادن تعادل و هماهنگی، اسپاسیتی و صدمه مغزی.
۲. احساس ناتوانی در ارتباط با عدم توانایی در استفاده از عضلات و مفاصل.
۳. بی اختیاری ادراری در ارتباط با ناپایداری و ضعف عضله دافعه مثانه.
۴. اختلال در فرایند تفکر در ارتباط با صدمه به مغز، تیرگی شعور، ناتوانی در انجام و ادامه توصیه های ارائه شده توسط پرسنل درمانی.
۵. اختلال در برقراری ارتباط کلامی در ارتباط با صدمه مغزی.
۶. خطر از بین رفتن سلامت و تمامیت پوست در ارتباط با کاهش تحرک بدنی بدنبال ضعف و فلج عضلات.
۷. مشکلات خانوادگی در ارتباط با شرایط نامناسب بیمار و مشکلات مراقبت از وی.

پرستار نه تنها بر روند دارو و درمان بیمار نظارت میکند، بلکه باید به آسایش بیمار و حمایت های روانی و عاطفی از وی نیز توجه کند. این بیماران میباید که آسانترین کارها را به طرق متفاوت، از نو بیاموزند.

بیماران دچار ضایعات نخاعی به نوعی در سوگواری به سر می برند. چراکه قسمتی از زندگی شان را از دست داده اند که هرگز باز نمی گردد. پرستار بایستی ارتباط مؤثر با بیمار برقرار کرده، کاملاً درک کند که چه حادثه ای برای بیمار رخ داده و در برابر او صادق باشد. هیچ جزئیاتی از بیماری وی را مخفی نکند، چراکه باعث بی اعتمادی بیمار میشود. از همه مهمتر پرستار باید به صحبت های بیمار گوش فرا داده و زمانیکه توانایی انجام کاری را به دست آورد، او را مورد تشویق

قرار دهد. پرستار باید توجه داشته باشد که خستگی از عوارض بی حرکتی است که باید با شناختی که از بیمار به دست می آورد سرگرمیهای مورد علاقه وی را شناسایی و مورد اجرا قرار دهد.

ماهیت خدمات توانبخشی

به طور کلی بازتوانی یک فرد معلول شامل پنج مرحله زیر میباشد:

✓ مرحله اول : ارزیابی

این مرحله شامل جمع آوری اطلاعات همه جانبه در ارتباط با فرد معلول است. ارزیابی از هنگام پذیرش فرد شروع شده و در طول برنامه توانبخشی ادامه میابد. لازم به ذکر است که علائم و نشانه هایی که برای تشخیص معلولیت بکار می رود با علایمی که جهت تشخیص بیماری مطرح است ، یکسان نیستند. مثلاً کسی که دچار شکستگی دست چپ شده است ، اگر چپ دست بوده و قادر به نوشتن نباشد دچار معلولیت شده است. اما اگر راست دست باشد ناتوانی ایجاد نشده و معلولیت بوجود نیامده است. معمولاً فرد معلول از لحاظ عملکردی ، اجتماعی ، روانی و حرفه ای مورد ارزیابی قرار می گیرد.

ارزیابی عملکردی در ۶ فعالیت اساسی که شامل تحرک ، جابجایی ، پوشیدن لباس ، خوردن غذا ، بهداشت شخصی و برقراری ارتباط می باشد، قابل اجراست.

تحرک ، انتقال از یک نقطه به نقطه دیگر است. برای ارزیابی میزان ناتوانی در ارتباط با تحرک ، توانایی فرد معلول در محیط های مختلف مثل خانه ، فضای اطراف خانه و محیط جامعه ، نیاز وی به کمک سایرین، یا احتیاج به وسایل کمکی مثل عصا، بریس یا ویلچر باید مورد توجه قرار گیرد.

جابجایی شامل حرکات مربوط به تغییر وضعیت است. فعالیت هایی مثل جابجایی از تخت به ویلچر یا صندلی ، از ویلچر به توالت یا اتومبیل و ... جابجایی محسوب می شود. در جابجایی نیاز به کمک سایرین ارزیابی می گردد.

همچنین توانایی فرد معلول برای پوشیدن و درآوردن لباس از جمله لباس های دکمه دار ، کفش ، جوراب و ... مهارت غذا خوردن شامل به کارگیری قاشق ، چنگال ، کارد ، بشقاب و لیوان ، توانایی در انجام امور نظافتی مثل تمیز کردن منزل ، مسواک زدن ، شانه کردن موها ، اصلاح سر و صورت و استحمام کردن، مهارت های ارتباطی شامل شنیدن ، صحبت کردن ، خواندن و نوشتن باید کاملاً مورد ارزیابی قرار گیرد.

ارزیابی مسائل اجتماعی کمکی است در این جهت که همزمان با بررسی و رفع مشکلات جسمی ، مشکلات خانوادگی فرد معلول نیز مورد توجه قرار گیرد. چراکه معلولیت یکی از اعضای خانواده امکان گسیختگی روابط خانوادگی را به دنبال خواهد داشت.

معلولیت یک فرد ممکن است به از دست دادن موقعیت شغلی نیز منتهی گردد. برای تعیین شغل جدید ضرورت دارد که شرایط جسمانی ، روانی و اجتماعی فرد بررسی شود. (ارزیابی حرفه ای)

اثرات روحی و روانی ناشی از معلولیت ، پیامد های تغییر شغل و یا تغییر اهداف و اتخاذ شیوه جدید زندگی و انگیزش فرد برای یادگیری آن باید مورد ارزیابی قرار گیرد. (ارزیابی روانی)

✓ مرحله دوم : تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از ارزیابی

با سازماندهی و تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از ارزیابی، فهرستی از مشکلات موجود مشخص می گردد.

✓ مرحله سوم : هدف گذاری درمان

این مرحله شامل تعیین اهداف مناسب برای شروع اقدامات درمانی است. در اهداف درازمدت، دستیابی به سطح عملکرد مناسب در پایان فرایند توانبخشی، به عنوان نتیجه اقدامات، مورد نظر قرار می‌گیرد. اهداف درازمدت معمولاً توانایی‌های لازم برای انجام آموز روزمره، تحرک در محیط زندگی و ارتباط متقابل با محیط را در بر می‌گیرد. وقتی که اهداف درازمدت مورد تأیید واقع شد، مرحله بعد تعیین مهارت‌هایی است که برای دست‌یابی به هدف ضروری هستند، روش کسب مهارت‌ها و راه‌های دسترسی به آنها اهداف کوتاه‌مدت را تشکیل می‌دهد. در واقع اهداف کوتاه‌مدت، شامل روش‌هایی است که برای رسیدن به اهداف درازمدت باید به کار گرفت.

✓ مرحله چهارم: تهیه و اجرای برنامه درمانی

بعد از اینکه اهداف مورد نظر طراحی شد، مرحله بعدی تعیین شیوه درمانی برای دستیابی به این اهداف است. ضرورت دارد که تمامی شیوه‌های مناسب درمانی مشخص و سپس در مورد شیوه‌ای که احتمالاً با موفقیت بیشتر همراه خواهد بود، تصمیم‌گیری شود.

✓ مرحله پنجم: ارزشیابی نتایج درمان

مرحله پایانی، ارزیابی مجدد فرد معلول و کارایی روش‌های درمانی را شامل می‌شود. توانایی فرد بر اساس اهداف مشخص شده در برنامه درمان، مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

آموزش:

عموماً اعتقاد بر این است که بیماران جهت شناخت و درک موقعیت درمانی خود، تصمیم‌گیری جهت انجام و یا تغییر رفتارهای بهداشتی، نیازمند کمک و آموزش می‌باشند. آموزش به بیمار و خانواده اقدامی ایمن و مقرون به صرفه است که موجب ارتقاء کیفیت درمان مراقبت می‌گردد. با توجه به اینکه پرستاران در ارتباط ۲۴ ساعته با بیماران هستند، بهترین افراد جهت آموزش به بیمار در تیم درمانی شناخته می‌شوند.

در فرایند آموزش ابتدا باید نیازهای آموزشی بیمار شناخته شود. بیماران دچار ضایعه نخاعی بعثت عدم تحرک و جابجایی در معرض انواع عفونت‌ها، مشکلات دستگاه گوارشی، تنفسی، ادراری و ... هستند. شناسایی نیازهای آموزشی بیمار با کمک پزشک تیم توانبخشی از طریق مشاهده مستقیم وضعیت جسمانی، رفتاری و یا پیش‌بینی نیازهای طی بررسی طرح درمانی و از طریق ارتباط متقابل با بیمار و به دنبال پرسش مستقیم از وی مشخص می‌گردد. گام بعدی، بررسی انگیزه و آمادگی بیمار جهت یادگیری است. در واقع بیماری که تمایلی به یادگیری ندارد، دریافت خوبی نیز از آموزش نخواهد داشت. گاهی فقدان انگیزه به علت اشکال در سازگاری با بیماری است که نقش روانشناس توانبخشی در این میان قابل توجه است. مرحله بعدی مشخص کردن اهداف آموزش است. آنچه فرد باید یاد بگیرد به شکل هدف بیان می‌شود. اهداف باید به صورت واقع‌گرایانه و قابل دستیابی تدوین شوند. یادگیری مراقبتهایی چون سوند گذاری، بهداشت پوست، تغذیه و ... از جمله اهداف آموزشی در بیماران ضایعه نخاعی است. درگام بعدی باید روش‌های آموزش به بیمار بررسی شود. پرستار باید در سه حیطه شناختی (درک ذهنی) و عاطفی (نگرشی) و روانی حرکتی (مهارت‌های حرکتی) موارد آموزشی را فراهم کند. در حیطه شناختی باید اطلاعات کافی در مورد بیماری به فرد داده شود. این مهم توسط رسانه‌های نوشتاری و سمعی بصری و سخنرانی و بحث انجام می‌گردد. پذیرش بیماری و مسئولیت‌پذیری در جهت مراقبت از خود، سهم حیطه عاطفی است که با مشارکت در اعمال مراقبتی آموخته می‌شود. حیطه روانی حرکتی نیز یادگیری مهارت‌های عملی است. آموزش مهارت‌های حرکتی بهتر است با تمرین، کار عملی و نمایش روش انجام کار صورت گیرد. تشکیل گروه‌های یادگیری می‌تواند فرصتی فراهم نماید تا بیماران از تجارب یادگیری یکدیگر استفاده نمایند. در پایان ارزیابی از یادگیری مد نظر خواهد بود. در ارزیابی تعیین می‌شود که آیا تغییر رفتاری مورد نظر ایجاد شده است یا خیر؟ این کار توسط

مشاهده رفتار بیمار و یا با سؤال کردن از وی صورت میگیرد.

نتیجه گیری:

پرستاری، تلفیقی از علم و هنر است و پرستاران نقش اولیه در دستیابی بیماران دچار ضایعات نخاعی به بالاترین سطح عملکرد شان را دارند. پرستار نقشی اساسی در ارائه خدمات پرستاری دارد. تاکید این خدمات بر تامین مراقبت فیزیکی، حمایت عاطفی و آموزش افراد جهت کسب سطح مطلوب سلامت و استقلال می باشد.

در پرستاری حرفه ای امروز، فرد باید جهت کسب آگاهی از نیازهای بهداشتی خود نظیر سوندگذاری، بهداشت پوست، تغذیه و راهنمایی شده و مراقبتهای لازم در این زمینه را دریافت نماید. مهارت های مراقبت از خود باید به بیماران آموزش داده شود و در شرایطی که استقلال کامل وی امکان پذیر نیست، پرستاران باید افراد را در زمینه کمک گرفتن موثر در انجام فعالیت هایشان ، آموزش دهند به گونه ای که مددجویان قادر باشند در صورت نیاز به کمک، از وجود دیگران به طور موثری بهره مند گردند.

آموزش بیمار در زمینه تغذیه، تحرک و جابجایی، محافظت از دستگاه ادراری، محافظت از پوست ، برنامه دفع روده ای ، عوارض تنفسی ، مشکلات جنسی ، واکنش های روانشناختی ، ترومبوز ورید عمقی، هیپوترمی و هیپوترمی، مشکلات دارو درمانی، درد، افت فشارخون وضعیتی، استخوان سازی نابجا، اسپاستی سیتی، ایمنی در خانه ، توانبخشی حرفه ای و تلفیقی باید انجام گیرد.

منابع:

- Fundamental Concepts and Skills for Nursing; by Susan C. DeWit; W.B. Saunders Company, 2001.
- Nursing Diagnosis Reference Manual; by Sheila M. Sparks & Cynthia M. Taylor; Springhouse Corporation, 2001.
- Introductory Medical-Surgical Nursing by Barbara K. Timby & Nancy E. Smith; Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Nursing Practice Related to Spinal Cord Injury and Disorders
A Core Curriculum / Linda Love, MS, R.N., CRRN, Audrey Nelson, PhD, RN, Cynthia Zejdlik, RN / Published 01/2001 / 532 pp Paperback / ISBN13 9780970887313
- Glynis Collis Pellatt /Perceptions of the nursing role in spinal cord injury rehabilitation /British Journal of Nursing, Vol. 12, Iss. 5, 13 Mar 2003, pp 292 - 299
- brunner/suddarth. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Lippincott, Williams, & Wilkins. Philadelphia
- Primary Care for Individuals with Spinal Cord Injury / Kelly Johnson, MSN, RN, Daniel P Lammertse, MD/ Spring 1998 / Volume 9, Number 1/ CNI Review Medical Journal
- French DD, Campbell RR, Sabharwal S, Nelson AL, Palacios PA, Gavin-Dreschnack D.

Health care costs for patients with chronic spinal cord injury in the Veterans Health Administration. Journal of Spinal Cord Medicine 2007;30(5):477–81.

- Bernhard M, Gries A, Kremer P, Böttiger BW. Spinal cord injury (SCI) – prehospital management. Resuscitation 2005 August;66(2):127–39.
- Linda Love, MS, R.N., CRRN, Audrey Nelson, PhD, RN, Cynthia Zejdlik, RN/ Nursing Practice Related to Spinal Cord Injury and Disorders/2001/ ISBN13 9780970887313
- Susan B. O'Sullivan & Thomas J. Schmitz / Physical Rehabilitation: Assessment and Treatment.

- برزکار، ابراهیم. ساختار و عملکرد سیستم عصبی-عضلانی. تحت نظارت: دکتر حسن عشایری. با همکاری: دکتر مسیب برزکار. چاپ اول. بهار ۱۳۸۵-8-7688-06-964 ISBN.
- شریدان، رابرت لیو / تروما، بررسی و درمان بیماران آسیب دیده / جلد دوم / ترجمه جامعه جراحان ایرانی
- اسدی نوقابی، احمد علی / فرایند یادگیری و اصول آموزش به بیمار / چاپ اول ۱۳۷۸ / انتشارات بشری
- مهاجر، تانیا / اصول آموزش به بیمار / چاپ ۱۳۸۰ / نشر سالمی
- میرخانی، مجید / مبانی توانبخشی ۱ / چاپ اول ۱۳۷۸ / انتشارات سازمان بهزیستی

irandavoudi@yahoo.com

نرگس احمدی و کبری رضایی - پرستار - نویسنده مسئول

دکتر هادی کاظمی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهد و رئیس بیمارستان و رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

پیر حسین کولیوند: کارشناس ارشد MBA، معاونت توسعه منابع و نیروی انسانی مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء، مدیریت بیمارستان دکتر طاهر طاهری، رئیس مرکز علوم اعصاب شفاء

دکتر طاهر درودی - معاون آموزش و پژوهش مرکز علوم اعصاب